

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA DE POSTGRADO DE MEDICINA HUMANA



Proyecto de Investigación para obtener el Título de Especialista en

Psiquiatría

Modalidad: Residentado Médico

TÍTULO:

**Asociación de la gravedad del insomnio con el trastorno obsesivo compulsivo
en pacientes del Hospital Víctor Lazarte Echegaray, 2016-2019**

AUTOR:

MC. TERESA VIRGINIA PINO ROBLES

ASESOR:

Dra. ROSA LOZANO IBAÑEZ

Trujillo – Perú

2019

I. DATOS GENERALES

1. **Título:** Asociación de la gravedad del insomnio con el trastorno obsesivo compulsivo en pacientes del Hospital Víctor Lazarte Echegaray.
2. **Línea de Investigación:**
De acuerdo a la orientación o Finalidad: Aplicada
De acuerdo a la técnica de contrastación: Observacional
3. **Unidad Académica:** Facultad de Medicina Humana de La Universidad Privada Antenor Orrego, Escuela de Postgrado.
4. **Equipo Investigador:**

Autor(a) alumno:

Teresa Virginia Pino Robles

Médico Residente de Tercer Año de Psiquiatría de la Universidad Privada Antenor Orrego

Asesor:

Dra. Rosa Lozano Ibañez

Psiquiatra y Tutora de la Cátedra de Psiquiatría en Universidad Privada Antenor Orrego.

5. **Institución y Localidad donde se desarrollará el Proyecto:** Hospital Víctor Lazarte Echegaray
6. **Duración total del Proyecto:**
 - 6.1 Fecha de Inicio: Julio 2016
 - 6.2 Fecha de Término: Mayo 2019

II. PLAN DE INVESTIGACIÓN

ABSTRACT

The present observational, descriptive, cross-sectional, prospective cohort research; It will be applied in the Psychiatry service of the Víctor Lazarte Echegaray Hospital, during the months of July 2016 to May 2019, in order to determine the association between the severity of insomnia and the presence of Obsessive Compulsive Disorder (OCD). The sample will consist of 98 patients with a diagnosis of OCD of which 49 will present the diagnosis of OCD with insomnia and the other 49 patients will present the diagnosis of OCD but will not refine insomnia. The assessment instruments that will be used will be the insomnia severity index (ISI) and a data collection sheet specifying the time of OCD disease, the predominant type of obsession, as well as the time of insomnia and its severity according to the scale referred to above. The results will be processed through the EPIDAT program, chi-square tests and obtaining the RR, subsequently, they will be presented in single and double entry tables, as well as in relevance graphs. The conclusions will be used for local and national registration of the variables under study, as well as for future research.

RESUMEN

La presente investigación observacional, descriptiva, transversal, prospectiva de cohortes; se aplicará en el servicio de Psiquiatría del Hospital Víctor Lazarte Echegaray, durante los meses de julio 2016 a mayo 2019, con la finalidad de determinar la asociación existente entre la gravedad del insomnio y la presencia de Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC). La muestra estará constituida por 98 pacientes con diagnóstico de TOC de los cuales 49 presentarán el diagnóstico de TOC con insomnio y los otros 49 pacientes presentarán el diagnóstico de TOC más no refirirán insomnio. Los instrumentos de valoración que se utilizarán serán el índice de severidad del insomnio (ISI) y una ficha de recolección de datos en la que se especificará el tiempo de enfermedad del TOC, el tipo de obsesión predominante, así como el tiempo de insomnio y la gravedad del mismo según la escala anteriormente referida. Los resultados se procesarán mediante el programa

EPIDAT, pruebas de chi cuadrado y obtención del RR, posteriormente, serán presentados en cuadros de entrada simple y doble, así como en gráficos de relevancia. Las conclusiones serán usadas para el registro local y nacional de las variables en estudio, así como también servirán para investigaciones futuras.

2.1 Planteamiento del Problema:

El insomnio es un trastorno del sueño, muy común, que afecta generalmente más a mujeres que a hombres, aunque es relativamente frecuente en ambos sexos; puede ser agudo (cuando dura días o semanas) o crónico (cuando dura más de un mes). La mayoría de los casos de insomnio crónico son secundarios u orgánicos; sin embargo, no en su totalidad ya que últimamente se han visto en incremento los casos reportados de insomnio primario u orgánico y de índole crónica¹.

A nivel mundial actualmente, se estima que aproximadamente 10- 15% de la población adulta padece de insomnio crónico de gravedad considerable². Aproximadamente 28% de la población española utiliza medicación para corregir sus trastornos del sueño según la sociedad Española de Neurología, y a nivel nacional, según datos de EsSalud reportados desde 2016 hasta marzo de 2019, 60% de los asegurados padece de insomnio con distintos grados de severidad.

A nivel local, sólo en el Hospital Belén de Trujillo, en su departamento de Gineco-obstetricia en el 2018 fueron reportados del total de casos atendidos aproximadamente 37% con insomnio moderado que requirió tratamiento³; y en el Hospital Víctor Lazarte, Echegaray se han reportado 282 casos de insomnio primario, de los cuales aproximadamente el 70% fueron reportados como casos nuevos.

Se ha observado que generalmente las quejas en cuanto al sueño y su calidad provienen en su gran mayoría de pacientes con diagnóstico de depresión o problemas afectivos, trastornos de la alimentación y problemas de ansiedad, dentro de ellos el trastorno obsesivo compulsivo (TOC)².

La OMS tiene al trastorno obsesivo compulsivo dentro de las primeras veinte enfermedades incapacitantes, y también dentro de las enfermedades psiquiátricas más frecuentes. Muchos estudios científicos demuestran que los pacientes que sufren de TOC tienen una muy baja calidad de vida, debido a que esta condición puede ser tanto mental como físicamente agotadora, y en sí misma generar incapacidad laboral no sólo temporal si no también permanente⁴.

La prevalencia mundial actual de TOC se ha ido incrementando siendo aproximadamente de 1.6% para la actualidad y de estos, 3% se han encontrado en Europa⁴. Actualmente en Lima, aproximadamente el 1.5% de las personas padecen de TOC, siendo incluso mayor el porcentaje que las personas que padecen esquizofrenia, pero aún menor que el porcentaje de aquellas que padecen depresión y otros trastornos de ansiedad⁵. En el Hospital Víctor Lazarte Echegaray desde 2016 hasta marzo de 2019 se han reportado 540 casos de pacientes con diagnóstico del espectro obsesivo-convulsivo de los cuales 84% aproximadamente corresponden a casos continuadores⁷.

Es típico que la persona que padece de TOC rechace el hecho de exponer ante los demás sus síntomas o padecimientos, por lo que es bastante común que busquen ayuda muchísimos años después del debut de la enfermedad, así como la presencia de síntomas depresivos frecuentes (aproximadamente un 34 % de los toquianos tiene depresión en el momento del diagnóstico, mientras que 66 % aproximadamente la tendrá en el transcurso de su vida)⁶.

La relación entre los síntomas depresivos y los trastornos del sueño es conocida, así como la relación entre los problemas de sueño y el trastorno obsesivo compulsivo, sobre todo a nivel mundial ¹, pero no se conoce la relación entre los problemas del sueño y el trastorno obsesivo compulsivo a nivel local, por lo que debido al notable aumento de casos reportados con ambas variables de estudio a nivel local se propone la siguiente investigación ⁷.

Enunciado del problema:

¿Es la gravedad del insomnio un factor asociado a trastorno obsesivo compulsivo en los pacientes del Hospital Víctor Lazarte Echegaray, durante el periodo julio 2016 a mayo 2019?

2.2 Justificación:

En los últimos 3 años se ha visto incrementado el número de casos de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo que presentan trastornos del sueño, conociendo además que los trastornos del sueño en sus distintas gravedades vienen implícitos en las diversas patologías psiquiátricas o forman parte de la sintomatología de las mismas, por lo que se encuentran infra diagnosticados; esta investigación se plantea con la idea de mejorar el registro actual que se tiene en la institución donde se realiza el estudio de aquellos pacientes que comparten ambas patologías y conocer por ende la existencia de asociación entre las variables ya especificadas, sirviendo como información para mejorar y/o fortalecer las medidas tomadas en cuanto a la identificación y tratamiento precoz de los trastornos del sueño en los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo y de esta manera evitar mayor complicación, recaída y/o recurrencia. Así también, este estudio sería de utilidad a fin de llenar el vacío de conocimiento existente hasta la fecha a nivel local en relación al tema de estudio y servir como base para investigaciones futuras y que se llegue incluso a determinar relación causal entre gravedad del insomnio y los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo y lograr mejoras en cuanto a lo que se conoce sobre estas patologías tan frecuentes en nuestra sociedad.

2.3 Antecedentes del Problema:

Timpano K, et al (Norteamérica, 2014) llevaron a cabo un estudio seccional transversal; en el primer estudio se incluyeron 167 pacientes y se examinó la relación entre trastorno obsesivo compulsivo y el retraso a la hora de acostarse, la calidad del sueño, la presencia de pesadillas, síntomas de insomnio y la gravedad del mismo; en el segundo estudio se incluyó 352 pacientes y se replicaron los hallazgos del primero en muestras independientes; con el objetivo de verificar la asociación entre la presencia de trastorno obsesivo compulsivo y la presencia de

alteraciones del patrón del sueño mediante pruebas t-Student, análisis de covarianza (ANCOVA) y análisis de regresión. Encontrando que las obsesiones (parte de la sintomatología del trastorno obsesivo compulsivo) están asociadas al insomnio y son independientes de los niveles de depresión hasta en un 47% ($b=0.05$), ($t=0.67$), ($p<0.05$). Concluyendo que los niveles altos de pensamientos intrusivos exhiben una asociación específica con los síntomas y la gravedad del insomnio y que estos pueden llegar a ser independientes de los síntomas expresados por patologías comórbidas⁸.

Díaz A, et al (España, 2015) llevaron a cabo un meta-análisis, en el que se incluyeron seis estudios analíticos observacionales trasversales, publicados hasta mayo de 2013, con una población de 111 pacientes con diagnóstico de TOC y 141 controles; con el objetivo de verificar la asociación entre trastorno obsesivo compulsivo y las distintas gravedades de insomnio; calculando la diferencia de medidas estandarizadas (SMD), utilizando métodos de varianza inversa, chi cuadrado e I^2 y estadística Z. Encontrando que el puntaje de los cuestionarios de gravedad de insomnio aplicados fueron significativamente más elevados en el grupo de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo, describiendo los siguientes datos acorde al tiempo total de sueño (SMD agrupada = -0.51 , IC del 95% = -0.77 a -0.25 , valor de $p<0.001$), tiempo despierto (SMD agrupado = 0.50 , 95% IC = $0.24-0.76$, valor de $p<0.001$), eficiencia del sueño (SMD agrupada = -0.45 , IC del 95% = -0.71 a -0.19 , valor $p=0.001$) y latencia del sueño (DME agrupada = 0.02 , IC del 95% = -0.46 a 0.50 , valor $p=0.04$). Concluyendo que los pacientes con TOC presentan insomnio más grave según los hallazgos encontrados⁹.

Montero F, et al (Chile, 2016) mediante un estudio descriptivo transversal prospectivo en 3867 personas representativas de la población adulta, con el objetivo de caracterizar a la población de Santiago de Chile que sufre de trastornos del sueño y analizar la asociación estadística con los trastornos mentales comunes incluido el TOC, mediante razón de disparidad. Encontraron que la prevalencia de trastornos del sueño fue del 26.3% y de diversa gravedad, fue más frecuente en mujeres con un 52.3% y mucho más común en los que tenían patología psiquiátrica frecuente como esquizofrenia, depresión, ansiedad y TOC (con un OR= 3.31), así como en aquellos con consumo de sustancia psicoactivas.

Concluyendo que existe una alta prevalencia de trastornos del sueño de gravedad moderada a más y esto está estrechamente relacionado con el género femenino y con la presencia de un trastorno mental como los ya especificados¹⁰.

Nordahl H, et al (Escandinavia, 2018) llevaron a cabo un estudio prospectivo de intervención y co-varianza no estructurada, con la finalidad de verificar la relación entre trastorno obsesivo compulsivo y el riesgo de insomnio; se analizaron 36 pacientes con diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo sin tratamiento, con tratamiento y luego de seis meses de seguimiento, la muestra se caracterizó por un alto grado de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos y mediante pruebas de t-Student y de Fischer se analizaron las variables. Encontrándose que en aquellos pacientes sin tratamiento previo casi el 70% informaron dificultades para dormir en distintos niveles de gravedad y que aquellos que reportaron insomnio de mayor gravedad tuvieron mejor resultado en cuanto a la mejoría de los síntomas tras 6 meses de seguimiento ($p < 0.05$) ($F = 2.34$) ($SD = 8.61$). Concluyendo que la mayoría de pacientes con TOC sufrieron trastornos del sueño, los cuales fueron reducidos tras el tratamiento, sin embargo, una proporción sufre síntomas residuales de insomnio después del tratamiento¹¹.

Simor P, et al (Budapest, 2018) en un estudio de casos y controles mixtos en 98 pacientes, 49 con diagnóstico de TOC y 49 pacientes hospitalizados con patología psiquiátrica mixta (depresión unipolar y trastorno de ansiedad), de los cuales 34 fueron hombres y 15 mujeres; examinaron las asociaciones la gravedad del insomnio y la gravedad de los síntomas en pacientes con TOC y otros problemas de salud mental, entre la madrugada y la noche, empleando coeficientes de correlación con transformación de Fischer r-Z y corrección FDR; encontrando que el despertar vespertino se asoció con calidad de sueño alterado en distintas gravedades y mayor afecto negativo en pacientes TOC en un 47%, además la calidad de sueño y la gravedad del insomnio mostró correlación estadística en un 17% con los síntomas depresivos y afecto negativo en los pacientes sin TOC ($Z = -1.62$) ($r = 0.61$) ($p < 0.05$). Concluyendo que las quejas nocturnas y la gravedad del insomnio son predictivos de disfunciones de la afectividad y deben considerarse en la evaluación y tratamiento de pacientes con TOC¹².

III. Objetivos:

3.1 Principal:

Determinar si la gravedad del insomnio es un factor asociado al trastorno obsesivo compulsivo en pacientes del Hospital Víctor Lazarte Echegaray, durante el período julio 2016 – mayo 2019.

3.2 Específicos:

- Señalar las características demográficas de los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo e insomnio.
- Establecer el trastorno obsesivo compulsivo en pacientes con insomnio leve a grave.
- Establecer el trastorno obsesivo compulsivo en pacientes sin insomnio
- Detallar el tipo de síntoma obsesivo más frecuente en los pacientes con diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo.

IV. MARCO TEÓRICO:

Gravedad de Insomnio:

El insomnio es conceptualizado como la dificultad para iniciar el sueño, mantener el sueño, despertar matutino o el sueño que es crónicamente no restaurador o de baja calidad asociada con el deterioro diurno, como fatiga, deterioro de la memoria, disfunción social o vocacional, o alteración del estado de ánimo¹³.

La clasificación de enfermedades de la OMS, en su décima versión (CIE-10), señala que para el diagnóstico de insomnio debe considerarse que la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener sueño reparador, dure aproximadamente un mes y que, también, se acompañe de fatiga diurna, sensación de malestar personal significativo y deterioro en el funcionamiento tanto social, como laboral o de otras áreas importantes de la actividad personal

¹⁴.

Los trastornos del sueño generalmente son un motivo de consulta bastante requerido, tanto en medicina general como en los servicios de salud mental. Aproximadamente el 50% de los pacientes de atención primaria tienen como queja primaria el insomnio, pero sólo el 30% lo hace saber a su médico de cabecera por voluntad propia, y sólo el 5% acude a la atención médica en búsqueda de tratamiento para este problema ¹⁵.

Los estudios epidemiológicos muestran que la prevalencia del insomnio aumenta constantemente con la edad. Alrededor del 20% de las personas mayores de 65 años experimentan insomnio persistente y significativo. Con la edad, ocurren varios cambios que incrementan el riesgo de trastornos del sueño, incluida una mayor prevalencia de enfermedades, aumento en el uso de medicamentos, cambios relacionados con la edad en varios ritmos circadianos, y estilo ambiental y de vida ¹⁶.

El insomnio generalmente se clasifica como primario o no orgánico, y secundario a alguna causa subyacente u orgánico. Causas comunes del insomnio primario incluye patrones de sueño irregulares, desfase horario, mala higiene del sueño, consumo excesivo de cafeína, alcohol excesivo, ciertos medicamentos y estrés. El insomnio primario generalmente no está asociado con una condición médica o psiquiátrica. El insomnio secundario ocurre con mayor frecuencia en adultos mayores con trastornos médicos o psiquiátricos ¹⁷.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, el interrogatorio debe ser muy minucioso y extenso orientando al especialista sobre los errores en la higiene del sueño, alteraciones psicopatológicas u orgánicas; también se tiene escalas de valoración y cuestionarios de aplicación que realizan una interpretación subjetiva de la calidad del sueño, la gravedad del trastorno y de los problemas que produce en el paciente; como, por ejemplo: el Índice de Severidad del Insomnio (ISI) que es un instrumento de autoaplicación subjetivo y breve que contiene 5 preguntas abiertas que permiten valorar el problema de sueño. Ha sido muy utilizada con fines clínicos y de investigación, y cuenta con una sensibilidad del 89% y una especificidad del 75% respectivamente, evaluando la

gravedad del problema del sueño, el grado de insatisfacción y el impacto en la calidad de vida del paciente ¹⁸.

El insomnio como se sabe, afecta el funcionamiento individual y disminuye la calidad de vida, ya que se asocia con bajos niveles de factor neurotrófico cerebral y melatonina que interfieren en la liberación y síntesis de otros neurotransmisores importantes, así como a un deterioro de la parte física de la calidad de vida. También el insomnio aumenta el riesgo de caídas y accidentes especialmente durante la hospitalización y en la estancia en un asilo de ancianos, por lo que a mayor gravedad del insomnio mayor alteración en el paciente ¹⁹.

El insomnio es el predictor más importante de ansiedad percibida y depresión, es una condición médica costosa y está asociado con más uso de los servicios de salud. La investigación sugiere que los problemas para dormir pueden impactar negativamente la calidad de vida, particularmente en el estado de ánimo, la cognición y el estado funcional ²⁰.

Además de la prevalencia y las consecuencias asociadas con trastornos del sueño y trastorno del insomnio en la población general, las personas con enfermedades mentales son mucho más propensas a sufrir de dificultades para dormir y problemas asociados. Específicamente, a mayor gravedad de alteración del sueño mayor comorbilidad con casi todos los trastornos psiquiátricos ²¹.

En particular, los trastornos del sueño están presentes en grandes proporciones de individuos con trastornos del humor y la ansiedad. Por ejemplo, la mayoría (60-84%) de individuos con trastorno depresivo mayor (TDM) informan algunos síntomas de insomnio, incluyendo dificultad para conciliar el sueño. Sin embargo, los trastornos del sueño se han encontrado que están presentes en la mayoría, si no en todas, las condiciones de ansiedad, incluyendo fobia específica, trastorno de pánico y trastorno de estrés postraumático ²².

Además, niveles elevados de trastornos del sueño entre aquellos pacientes con trastorno obsesivo compulsivo se asociaron con una mayor gravedad de síntomas. Esta relación fue particularmente fuerte entre el insomnio y las

obsesiones (por ejemplo, dimensión sexual, religiosa o agresiva), acorde a la gravedad de cada uno, en el inventario obsesivo-compulsivo revisado; consistente con la noción de que las obsesiones angustiosas pueden interferir con el inicio del sueño ²³.

Trastorno Obsesivo Compulsivo:

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC), es un problema psiquiátrico incluido en el grupo de los trastornos de ansiedad, estadísticamente igual de frecuente en hombres y en mujeres; así como también de diversa tipología acorde a la sintomatología que presenta ²⁴.

El TOC previamente se ha considerado un trastorno psiquiátrico raro, pero estudios recientes estiman que, en la población general, la prevalencia de TOC durante la vida es de 1% -2%, el doble que la de la esquizofrenia o trastorno de pánico ²⁵.

Los síntomas consisten en pensamientos recurrentes y persistentes (obsesiones) y / o repetitivos comportamientos relativamente estereotipados (compulsiones) que la persona se siente obligado a pensar o realizar, pero reconoce como irracional o excesivo, con la finalidad de ser dirigidos a calmar o apaciguar el malestar que los primeros producen ²⁶.

El contenido de las obsesiones puede incluir pensamientos que involucra autodepreciación, autodenigración, e indignidad, con referencia a cualquiera de las normas sociales percibidas o los propios estándares del individuo; preocupación excesiva de las funciones corporales; temores, dudas y preocupaciones sobre la suciedad y la propagación de la enfermedad a uno mismo; y temores de daño a un amigo o pariente y ser responsable del evento imaginado ²⁷.

El rango de conductas compulsivas incluye actividades de control excesivas, caracterizado por reiteradas modificaciones de acciones supuestamente relacionadas con seguridad, orden o precisión; comportamiento de evitación que son "actividades dedicadas a evitar objetos temidos, lugares o situaciones y

lavado y limpieza, generalmente de manos, pero a veces también lavado compulsivo de ropa, limpieza de dientes o limpieza de posesiones o partes del hogar⁵. Las características clínicas subjetivas comunes son dudas e indecisión; los dos comportamientos compulsivos más comunes son el control y el lavado²⁹.

Los pacientes con TOC son muy conscientes de la realidad externa, generalmente reconocen lo absurdo de sus obsesiones y / o compulsiones y prefieren no involucrarse en ellos. Sin embargo, a pesar de este fuerte vínculo con la realidad, a sabiendas continúan realizando dicha actividad a un costo tremendo no solo para ellos sino también para quienes los rodean. Un atributo definitorio del TOC es un sentido de compulsión asociado con la realización de pensamientos o acciones rituales. En particular, la investigación de muestras clínicas y no clínicas; ha demostrado asociaciones únicas entre las preocupaciones cognitivas y los pensamientos inaceptables (por ejemplo, aquellos de índole sexual, religioso, o agresivo en la naturaleza)³⁰

La evaluación y diagnóstico del TOC es en base al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su última edición o DSM5 y en base a la Clasificación Internacional de Enfermedades en su última revisión o CIE-10; que especifican una serie de criterios y el tiempo que éstos deben presentarse, para poder hacer el diagnóstico.

Además, es importante conocer que los pacientes con trastornos obsesivos presentan comorbilidad alta con los trastornos del espectro depresivo ya que generalmente padecen de depresiones más severas que los pacientes con otros problemas de ansiedad. El registro de incidencia de cuadros depresivos en pacientes obsesivos se encuentra entre el 17 y el 35 % aproximadamente, y casi en todas las ocasiones los síntomas depresivos son subsecuentes al TOC ya que hay tres veces más posibilidades de que la depresión aparezca después del TOC a que la depresión lo anteceda; y además no debemos olvidar que la depresión y ansiedad son una de las primeras causas de insomnio²⁸.

Como hemos señalado, siendo ambas patologías frecuentes en nuestra población de estudio es importante conocer que hay varias explicaciones posibles para la

relación entre el TOC y el insomnio. Primero, los efectos directos pueden estar presentes de manera que los individuos que sufren obsesiones persistentes tienen más dificultades para conciliar el sueño o quedarse dormidos. Otras posibles explicaciones pueden incluir mecanismos indirectos como la comorbilidad compartida o factores de riesgo; un factor de riesgo compartido que podría ayudar a explicar la asociación entre los síntomas y las alteraciones del sueño es la sensibilidad a la ansiedad que estos pacientes presentan; sin embargo, a la actualidad aún no hay pruebas consistentes de su asociación ³¹.

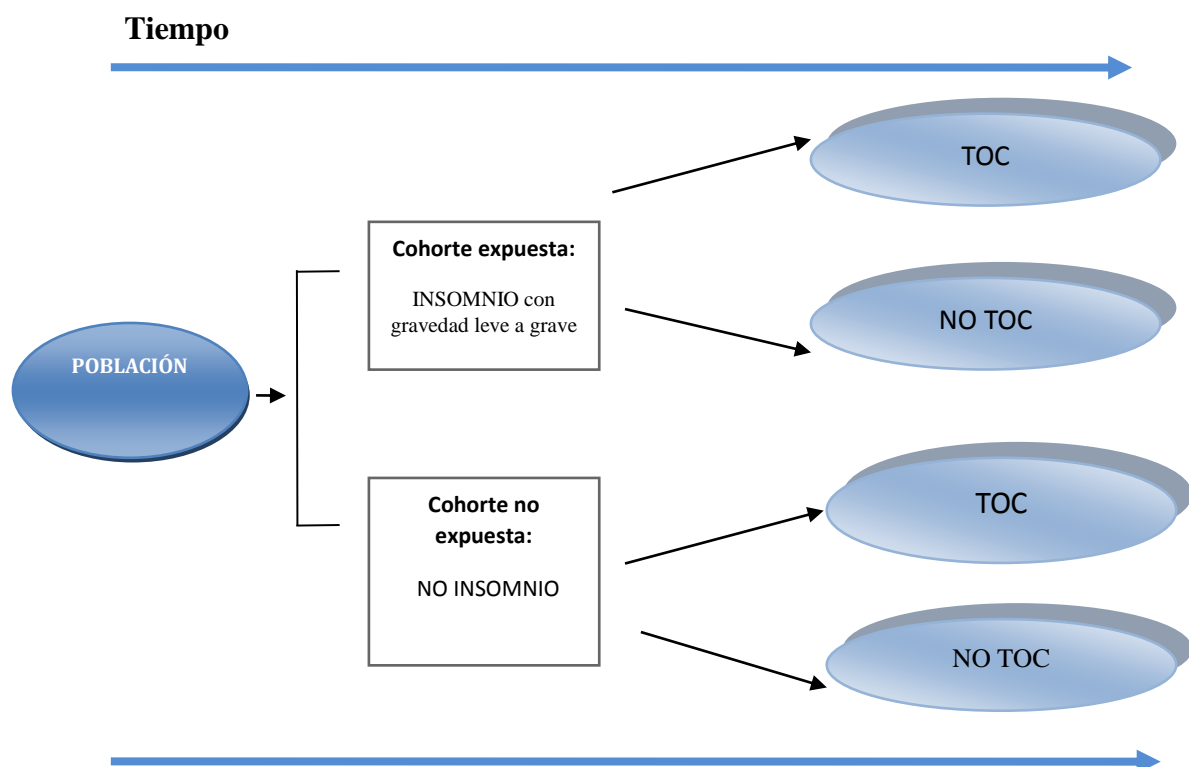
V. Hipótesis:

La gravedad del insomnio es un factor asociado a trastorno obsesivo compulsivo en pacientes del Hospital Víctor Lazarte Echegaray, durante el período julio 2016-mayo 2019.

VI. Material y método:

6.1 Diseño del estudio:

Descriptivo, observacional, transversal, prospectivo de cohortes.



6.2 Población:

Estará constituida por los pacientes atendidos por Consultorios Externos de Psiquiatría y de Medicina Interna del Hospital Víctor Lazarte Echegaray durante el período julio 2016-mayo 2019 que sean aptos según los criterios de selección estipulados.

Criterios de selección:

Criterios de Inclusión:

Pacientes ambulatorios, mayores de 18 años, de ambos sexos y con historias clínicas completas en las que se encuentre el diagnóstico clínico de trastorno obsesivo compulsivo y los datos suficientes para precisar las variables del estudio ya descritas.

Criterios de Exclusión:

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, autismo, psicosis, con secuela de enfermedad neurológica, demencia de cualquier etiología, retraso mental, patología orgánica y con enfermedades crónicas terminales.

6.3 Muestra:

Unidad de Análisis: Cada uno de los pacientes atendidos y por ende evaluados en los Consultorios Externos de Psiquiatría y de Medicina Interna del Hospital Víctor Lazarte Echegaray durante el período julio 2016-mayo 2019.

Unidad de Muestreo: Cada uno de las historias clínicas de los pacientes atendidos por Consultorios Externos de Psiquiatría y de Medicina Interna del Hospital Víctor Lazarte Echegaray durante el período julio 2016-mayo 2019 y que reúnan las estipulaciones de inclusión ya descritas.

Tamaño muestral:

Para la determinación del tamaño de muestra se utilizaría la fórmula para cohortes³²:

$$n = \frac{[Z_{1-\alpha/2} \sqrt{(c+1)p(1-p)} + Z_{1-\beta} \sqrt{cp_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{c(p_2 - p_1)^2}$$

Teniendo:

n: Número de pacientes con insomnio y trastorno obsesivo compulsivo

m: Número de pacientes sin insomnio y con trastorno obsesivo compulsivo

c= 1

$Z_{1-\alpha/2}=1.96$ Valor normal con 5% de error tipo I

$Z_{1-\beta} = 0.842$ valor normal con 20% de error tipo II

$p_1= 0.47^{11}$ Proporción de TOC en pacientes con insomnio de leve a grave

$p_2= 0.17^{11}$ Proporción de TOC en pacientes sin insomnio

Reemplazando:

$$n = 98$$

COHORTE EXPUESTA: (INSOMNIO) = 98 pacientes

COHORTE NO EXPUESTA: (NO INSOMNIO) = 98
pacientes

6.4 Descripción de variables y escalas de medición:

Variable(s)	Escala	Indicadores	Índice
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	Nominal	HISTORIA CLINICA	SI – NO
GRAVEDAD DEL INSOMNIO	Ordinal	HISTORIA CLINICA	Ausencia
			Leve, Moderado y Grave

Definiciones operacionales:

Gravedad del Insomnio: Para fines del estudio se utilizará el Índice de Gravedad de Insomnio, cuestionario auto aplicado breve de 5 ítems, con adecuada fiabilidad y validez; y se considerará cuando el puntaje sea mayor de 14 puntos ³².

Trastorno obsesivo compulsivo: trastorno que se caracteriza por la presencia de obsesiones o compulsiones que consumen mucho tiempo (al menos una hora por día), causan angustia subjetiva o interfieren con la vida del paciente o de la familia ⁵.

6.5 Procedimientos y Técnicas:

Ingresaarán al estudio los pacientes atendidos y evaluados por Consultorios Externos de Psiquiatría y de Medicina Interna del Hospital Víctor Lazarte

Echegaray durante el período julio 2016-mayo 2019 y que reunieron las pautas de inclusión correspondientes.

Se solicitará la respectiva autorización para la ejecución del proyecto en el ámbito sanitario referido y posteriormente:

1.- Se precisará la presencia del Trastorno obsesivo compulsivo por medio de la identificación del código CIE 10 de esta patología en la base de datos estadística del Hospital.

2.- Se captará a los pacientes según la pertenencia a los grupos de estudio por muestreo aleatorio simple.

3.- Se recolectarán los datos pertenecientes a la variable insomnio por medio de la aplicación del cuestionario correspondiente (Anexo 2).

4.- Se continuará el llenado de la hoja de recolección de datos para obtener la cantidad muestral requerida en los grupos de estudio.

6.6 Plan de análisis de datos:

Por medio de la aplicación del programa EPIDAT se procesará la información de las hojas de recolección de datos para el respectivo análisis.

Estadística Descriptiva:

Se obtendrá la información de distribución de frecuencias en el caso de las variables cualitativas y medidas de tendencia central y de dispersión en el caso de las variables cuantitativas; las cuales serán presentadas en tablas de entrada simple y doble; así como también en gráficos de relevancia correspondiente.

Estadística Analítica

En el análisis estadístico se utilizará la prueba de chi cuadrado para las variables cualitativas para comprobar la trascendencia estadística de lo

encontrado en el estudio; las asociaciones serán consideradas trascendentes si la presencia de error es menor al 5% ($p < 0.05$).

Se obtendrá el riesgo relativo (RR) para determinar la posibilidad de que la gravedad del insomnio influya en los pacientes con TOC que cumplan los criterios de inclusión ya especificados.

6.7 Aspectos éticos:

La presente investigación contará con la autorización del comité de Investigación y Ética del Hospital Víctor Lazarte Echegaray y de la Universidad Particular Antenor Orrego. Debido a que fue un estudio de cohortes retrospectivas, en donde solo se recogieron datos clínicos de las historias de los pacientes; se tomará en cuenta la declaración de Helsinki II (Numerales: 11, 12, 14, 15, 22 y 23)³⁴ y la ley general de salud (D.S. 017-2006-SA y D.S. 006-2007-SA)³⁵.

6.8 Limitaciones:

- El estudio será descriptivo–observacional, en este sentido no será posible corroborar una probable relación de causa y efecto.
- El registro del insomnio como síntoma es escaso en las historias clínicas y casi no constituye un diagnóstico único si no se ve incluido en diversas patologías siendo por tanto infra diagnosticado.
- La existencia de comorbilidades en los pacientes identificados dificultará los resultados ya que no se podrá distinguir con exactitud si la gravedad del trastorno del sueño ha sido desencadenada y/o potenciado por éstas.

7 Referencias bibliográficas:

1. Guzmán A, et al. Guía de práctica clínica para manejo de insomnio en Atención Primaria. 2009.Madrid (España); 2009.170.
2. Sarrais F., de Castro Manglano P. The insomnia. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2007 [citado 2019 Mar 12] ; 30(Supl 1): 121-134. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000200011&lng=es.
3. Purihuaman L. Insomnio como factor de riesgo para depresión materna gestacional en el Hospital Belén de Trujillo [internet]. Trujillo: 2018 [revisado el 10 de enero 2019]. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/3991>.
4. Bobes, J., et al. «Calidad de vida y discapacidad en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo». *European Psychiatry* [internet] 2001 [consultado el 10 de enero de 2019]; 8:436-442. Disponible en: <http://emiold/publicaciones/europeanpsyoct/436-442.pdf>.
5. Velae D, Roberts A. Revisión basada en evidencia: Trastorno obsesivo compulsivo. *BMJ* [internet] 2014 [citado el 3 de diciembre de 2018]; 348. Disponible en : <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=83814>.
6. National Institute of Mental Health (NIMH). Obsessive-Compulsive Disorder, 3rd revised edition, 1999. NIH Publication No. 99-3755. Disponible en: www.nimh.nih.gov/publicat/oed.cfm.
7. Essalud [internet]. Perú [citado el 15 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe>.
8. Timpano K, Carbonella J, Bernert R. Obsessive compulsive symptoms and sleep difficulties: exploring the unique relationship between insomnia and obsessions. *J Psychiatr Res*. 2014;57:101-7.
9. Díaz A, Perestelo L, Buella G. Sleep in obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Med*. 2015;16(9):1049-55.
10. Montero F, et al. Trastornos del sueño en la población adulta de Santiago de Chile con trastornos psiquiátricos comunes. *Actas Españolas de*

- Psiquiatría[internet]2010[consultado el 08 de marzo de 2019];38:358-364.
Disponible en : <https://web.a.ebscohost.com/abstract?direct=3d59509852>.
11. Nordahl H, Havnen A, Hansen B. Sleep disturbances in treatment-seeking OCD-patients: Changes after concentrated exposure treatment. [*Scand J Psychol*](#). 2018 ;59(2):186-191.
 12. Simor P, et al. Eveningness is associated with poor sleep quality and negative affect in obsessive-compulsive disorder. *J Behav Addict*.2018; 7(1):10-20.
 13. Brown H.. Lester K.. Jassi A. Heyman I. Krebs G. Paediatric Obsessive-Compulsive Disorder and Depressive Symptoms: Clinical Correlates and CBT Treatment Outcomes. *J Abnorm Child Psychol* 2015; 43:933–94.
 14. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders CIE-10: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization.1992.
 15. Smith Mt, et al. Comparative meta-analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia.*AmJ Psychiatry*.2002;159:5-11.
 16. Allah E, Abdel H, El-Seoud A. Insomnia: Prevalence, risk factors, and its effect on quality of life among elderly in Zagazig City, Egypt. *Journal of Nursing Education and Practice* 2014; 4(8), 52.
 17. Choueiry N, Salamoun T, Jabbour H, El Osta N, Hajj A, Khabbaz L. Insomnia and relationship with anxiety in university students: A cross-sectional designed study. *PloS one*, 2016; 11(2), e0149643.
 18. Fernandez J- et al. The Spanish version of the Insomnia Severity Index: A confirmatory factor analysis. *Sleep Med* [internet] 2012 [citado el 20 de diciembre de 2018]; 13: 207-210. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sleep.2011.06.019>.
 19. Soso F, Nakamura O. Nakamura M. Evaluation of combined effects of insomnia and stress on sleep quality and sleep duration. *Journal of Neurology and Neuroscience* 2017; 8(3).
 20. Chahoud M, Chahine R, Salameh, P. Reliability, factor analysis and internal consistency calculation of the Insomnia Severity Index (ISI) in French and in English among Lebanese adolescents. *eNeurologicalSci* 2017; 7: 9-14.

21. Yu C. Obsessions at night: Dream experiences, emotional attributes, and personality traits as indicators of sleep problems. *Sleep and Hypnosis (Online)* 2016; 18(2): 30.
22. 16.-Lange K. Circadian rhythms in obsessive–compulsive disorder. *Journal of Neural Transmission* 2012; 119(10): 1077-1083.
23. Sun J. Li Z. Buys N. Storch E. Correlates of comorbid depression, anxiety and helplessness with obsessive–compulsive disorder in Chinese adolescents. *JAD*. 2015. 174(31–37).
24. Aronson J. Katnani H, Eskandar E. Neuromodulation for Obsessive-Compulsive Disorder. *Neurosurg Clin N Am*. 2014; 25:85-101
25. Williams T. Obsessive–compulsive disorder in young people. *BJPsych Advances* 2015; 21(3), 196-205.
26. Goodman W. Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatric Clinic of North America*. 2014; 37:257-267
27. 3.-Bokor G. Anderson P. PharmD. Obsessive–Compulsive Disorder. *Journal of Pharmacy Practice* 2014, Vol. 27(2) 116-130.
28. Karataş K. Bipolar disorder and obsessive compulsive disorder comorbidity: three case reports. *Journal of Mood Disorders* 2013; 3(1), 33-6
29. Aronson J. Katnani H, Eskandar E. Neuromodulation for Obsessive-Compulsive Disorder. *Neurosurg Clin N Am*. 2014; 25:85-101
30. Hofer P. Wahl K. Meyer A. Miché M. Beesdo K. Wong S. Grisham J. Wittchen H. Lieb R. Obsessive–compulsive disorder and the risk of subsequent mental disorders: A community study of adolescents and young Adults. *Depress Anxiety*. 2018;1–7.
31. Hofmeijer M. Batelaan N. Van Megen H. Van den Hout M. W. Penninx B. Van Balkom A. Presence and Predictive Value of Obsessive-Compulsive Symptoms in Anxiety and Depressive Disorders. *Can J Psychiatry*. 2018; 63(2):85-93.
32. Kleinbaum D. Statics in the health sciences: Survival analysis. New York: Springer- Verlag publishes; 2013: 78.

33. Sierra J, Guillén-Serrano V, Santos-Iglesias P. Insomnia Severity Index: algunos indicadores acerca de su fiabilidad y validez en una muestra de personas adultas mayores [internet]. 2008 [consultado el 3 de diciembre de 2018]; 47(11): 556-570. Disponible en: <https://www.neurologia.com/articulo/2008221>.
34. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2013.
35. Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D.S.N° 007-98-SA. Perú: 20 de julio de 2013.

8 Cronograma:

N	Actividades	Personas responsables	Tiempo					
			JUL 2016 - MAYO 2019					
			1m	2m	3m	4m	5m	6m
1	Planificación y elaboración del proyecto.	INVESTIGADOR ASESOR	X	X	X			
2	Presentación y aprobación del proyecto	INVESTIGADOR				X	X	
3	Recolección de Datos	INVESTIGADOR - ASESOR					X	
4	Procesamiento y análisis	INVESTIGADOR ESTADÍSTICO					X	
5	Elaboración del Informe Final	INVESTIGADOR						X
	DURACIÓN DEL PROYECTO		1	2	3	4	5	6
	PERÍODO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR MES							

9 Presupuesto:

Naturaleza del Gasto	Descripción	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
Bienes				Nuevos Soles
1.4.4.002	Papel Bond A4	01 millar	0.01	100.00
1.4.4.002	Lapiceros	6	2.00	12.00
1.4.4.002	Resaltadores	04	5.00	20.00
1.4.4.002	Correctores	03	7.00	21.00
1.4.4.002	CD	6	3.00	18.00
1.4.4.002	Archivadores	10	3.00	30.00
1.4.4.002	Perforador	1	4.00	4.00
1.4.4.002	Grapas	1 paquete	5.00	5.00
Servicios				
1.5.6.030	INTERNET	100	2.00	200.00
1.5.3.003	Movilidad	210	1.00	210.00
1.5.6.014	Empastados	10	12	120.00
1.5.6.004	Fotocopias	325	0.10	32.50
1.5.6.023	Asesoría por Estadístico	2	250	500.00
			TOTAL	1222.50

ANEXOS

Trastorno obsesivo compulsivo como factor de riesgo para insomnio en pacientes del Hospital Víctor Lazarte Echegaray, 2016-2019.

ANEXO N° 01

Instrumento de Recolección de Información:

Fecha..... N°.....

I. DATOS GENERALES:

1.1. Número de historia clínica: _____

1.2. Edad: _____ años

1.3. Sexo: Masculino () Femenino ()

II. Datos Clínicos:

○ Presencia de Insomnio:

- Si () No ()
- Tiempo de enfermedad: _____
- Puntaje de gravedad (según el ISI): _____

○ Presencia de Trastorno obsesivo compulsivo:

- Si () No ()
- Tiempo de enfermedad: _____
- Tipos de obsesiones:

Agresividad ()	Sexuales ()	Contaminación ()
Simetría y exactitud ()	Somáticas ()	Religiosas ()
Otras obsesiones, especificar:		

ANEXO 2:

INDICE DE GRAVEDAD DEL INSOMNIO

Lee atentamente los siguientes enunciados, y a continuación dales una puntuación acorde a tu experiencia marcando con un círculo el número correspondiente, considerando la siguiente valoración:

0 = Nada	1 = Leve	2 = Moderado	3 = Grave	4 = Muy Grave
----------	----------	--------------	-----------	---------------

1. Indica la gravedad de tu actual problema(s) del sueño:

- a. Dificultad para quedarse dormido/a: 0 1 2 3 4
- b. Dificultad para permanecer dormido/a: 0 1 2 3 4
- c. Despertarse muy temprano: 0 1 2 3 4

2. ¿Cómo estás de satisfecho/a en la actualidad con tu sueño?

- a. Muy satisfecho: 0 - 1
- b. Moderadamente satisfecho: 2 – 3
- c. Muy satisfecho: 4

3. ¿En qué medida consideras que tu problema de sueño interfiere con tu funcionamiento diario (Ej.: fatiga durante el día, capacidad para las tareas cotidianas/trabajo, concentración, memoria, estado de ánimo, etc.)?

- a. Nada: 0
- b. Un poco: 1
- c. Algo: 2
- d. Mucho: 3
- e. Muchísimo: 4

4. ¿En qué medida crees que los demás se dan cuenta de tu problema de sueño por lo que afecta a tu calidad de vida?

- a. Nada: 0
- b. Un poco: 1
- c. Algo: 2
- d. Mucho: 3
- e. Muchísimo: 4

5. ¿Cómo estás de preocupado/a por tu actual problema de sueño?

- a. Nada: 0
- b. Un poco: 1
- c. Algo: 2
- d. Mucho: 3
- e. Muchísimo: 4

Corrección:

Sumar la puntuación de todos los ítems:

$(1a + 1b + 1c + 2 + 3 + 4 + 5) = \underline{\hspace{2cm}}$

El intervalo de la puntuación total es 0-28.

Interpretación:

La puntuación total se valora como sigue:

0-7 = ausencia de insomnio clínico

8-14 = insomnio subclínico (leve)

15-21 = insomnio clínico (moderado)

22-28 = insomnio clínico (grave)